

## Сучасні методи лікування в нейрохірургії і суміжних галузях

---

Сірко А.Г.<sup>1,2</sup>, Зорін М.О.<sup>1</sup>, Романуха Д.М.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ДУ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»,

<sup>2</sup> КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова».

### Результати хірургічного лікування аденом гіпофізу на прикладі 232 послідовних спостережень

**Мета.** Аналіз результатів хірургічного лікування аденом гіпофізу (АГ) за 13 років (2000 – 2013).

**Матеріали та методи.** Проведено ретроспективне дослідження результатів лікування 232 хворих з АГ.

**Результати та їх обговорення.** Оперовані 148 (64%) жінок та 84 (36%) чоловіка з АГ, віком від 17 до 76 років, у середньому – 48,9±12,4 років.

Мікроаденоми (до 15 мм) виявлені у 2% хворих, невеликі (від 16 до 25 мм) – у 27%, середні (від 26 до 35 мм) – у 45%, великі (від 36 до 59 мм) – у 23% та гігантські АГ (60 мм та більше) склали 2% спостережень.

113 (49%) АГ класифікувалися як хромофобні, 16 (%) – ацидофільні, 4 (%) – базофільні, в 10 випадках – змішаної, а в 3 – дедиференційованої структури. У 3 хворих діагностована онкоцитوما. 83 (36%) спостереження склали АГ без уточнення гістологічного підтипу пухлини. З медичної документації повна інформація про комплексне дослідження гормонального фону до операції відома у 51 (22%) хворого. Із них 37 (73%) гормонально-активних та 13 (27%) – гормонально-неактивних АГ. Гормонально-активні пухлини розподілились наступним чином: 28 (76%) пролактином, 7 (19%) соматотропіноми, 1 (3%) кортикотропінома та 1 (3%) тиреотропінома.

217 операцій проведено трансназальним трансфеноїдальним доступом, 15 – транскраніальним доступом.

Інтраопераційні ускладнення відмічені у 46 (20%) хворих, із них у 38 випадках лікворея та у 8 – інтенсивна кровотеча: з паренхіми пухлини – 1 випадок, з кавернозного синусу – 6 випадків, ВСА – 1 випадок. Так, у 1 хворого відзначено ушкодження ВСА, яке було ліквідовано тампонадою протягом 1,5 години. Зафіксовано 21 (9%) післяопераційне ускладнення. В 4 випадках зафіксовано погіршення гостроти зору, а 4 – зниження нюху. У 3 хворих виникла післяопераційна назальна лікворея. Зафіксовано по 2 спостереження: нецукрового діабету, тромбозу кавернозного синуса, субарахноїдального крововиливу, внутрішньошлункового крововиливу та по 1 випадку: крововиливу в ложе видаленої пухлини та епідуральної гематоми.

В 37 (16%) випадках хворим проводили операцію у зв'язку з рецидивом АГ. Середній термін виникнення рецидиву (проведення реоперації) дорівнював 58,6±53,2 міс.

Летальність склала 0,86% – 2 хворих. Причина смерті в обох випадках – ішемічні порушення мозкового кровообігу (1 – в стовбурі мозку, 2 – медіо-базальних відділах скроневої долі).

**Висновки.** Хірургічне лікування АГ вимагає вибору найбільш оптимального хірургічного доступу в залежності від топографо-анатомічної локалізації та розмірів пухлини.

**Ключові слова:** аденоми гіпофіза; хірургічне лікування; результати лікування; трансназально-трансфеноїдальний доступ; транскраніальний доступ; реоперації; летальність; ускладнення.